



DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

ATT: Sistema Retiro para Maestros

13 de septiembre de 2016

CERTIFICACION

Certifico que

Seguro Social

Categoría

Distrito Escolar

Sueldo Mensual

Status

Observaciones

Trabaja

Cesó

Renunció

Otros

: CARMEN M. RAMOS HERNANDEZ

: -8883

: MA. INGLES NIVEL ELEMENTAL (K-6)

: BAYAMON II

: \$3,392.50


: PERMANENTE

: N/A

: N/A

: Efectivo el 9 de septiembre de 2016

**: Ha prestado servicios para esta
Agencia por 20 años y 3 meses.**


Carmen N. Correa Candelario
Directora Interina
Servicio al Empleado

Instrucciones para la Evidencia de reclamación

Tribunal de Quiebras de los Estados Unidos

12/15

Estas instrucciones y definiciones explican la ley de forma general. En ciertas circunstancias, tales como casos de quiebra que los deudores no presentan de forma voluntaria, se pueden aplicar excepciones a estas normas generales. Debe considerar la posibilidad de obtener el asesoramiento de un abogado, en especial si no conoce el proceso de quiebra y las reglamentaciones de privacidad.

Cómo completar este formulario

- **Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.**
- **Complete el título en la parte superior del formulario.**
- **Si la reclamación se ha adquirido de otra persona, indique la identidad de la última parte que fue propietaria de la reclamación o fue titular de la reclamación y que la transfirió a usted antes de que se presente la reclamación inicial.**
- **Adjunte cualquier documento de respaldo a este formulario.**
Adjunte copias editadas de cualquier documento que demuestre que la deuda existe, que un gravamen garantiza la deuda, o ambos. (Ver la definición de *edición* en la siguiente página).
También adjunte copias editadas de cualquier documento que demuestre el perfeccionamiento de un derecho de garantía o cualquier cesión o transferencia de la deuda. Además de los documentos, puede agregarse un resumen. Norma federal del procedimiento de quiebra (denominada "Norma de quiebra") 3001(c) y (d).
- **No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de examinarlos.**
- **Si la reclamación se basa en la prestación de bienes o servicios de atención médica, no divulgue información de atención médica confidencial. Omita o edite la información confidencial tanto en la reclamación como en los documentos adjuntos.**
- **El formulario de Evidencia de reclamación y los documentos adjuntos solo deben mostrar los últimos 4 dígitos de un número de seguridad social, el número de identificación tributaria de una persona o un número de cuenta financiera, y solo el año de la fecha de nacimiento de una persona. Ver la Norma de quiebra 9037.**
- **En el caso de un menor, complete solamente las iniciales del menor y el nombre completo y la dirección del padre o madre o el tutor del menor. Por ejemplo, escriba A.B., un menor (John Doe, padre, calle 123, ciudad, estado). Ver la Norma de quiebra 9037.**

Confirmación de que se ha presentado la reclamación

Para recibir una confirmación de que se ha presentado la reclamación, puede adjuntar un sobre autodirigido y estampillado y una copia de este formulario o comunicarse con el representante de reclamaciones y notificaciones al (844) 822-9231 (número gratuito para EE. UU. y Puerto Rico) o al (646) 486-7944 (para llamadas internacionales), o por correo electrónico a puertoricoinfo@primeclerk.com. Para ver una lista de las reclamaciones presentadas en los casos del Título III, visite el sitio web del representante de reclamaciones y notificaciones en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>.

Comprenda los términos utilizados en este formulario

Gastos administrativos: En términos generales, gastos que se generan luego de presentar un caso de quiebra en relación con el manejo, la liquidación o la distribución del patrimonio de la quiebra.

Título 11 § 503 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.).

Reclamación: El derecho de un acreedor a recibir un pago por una deuda del deudor a la fecha en la que el deudor solicitó la quiebra. Título 11 § 101 (5) del U.S.C. Una reclamación puede estar garantizada o no garantizada.

Reclamación de conformidad con el Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.: Una reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el Deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha en la que se presentó el caso, en el que los bienes se han vendido al Deudor en el transcurso normal de los negocios del Deudor. Adjunte la documentación que respalde dicha reclamación.

Acreedor: Una persona, una sociedad anónima u otra entidad con la que el deudor tiene una deuda que se contrajo en la fecha en la que el deudor solicitó la quiebra o con anterioridad. Título 11 § 101 (10) del U.S.C.

Deudor: Una persona, una sociedad anónima u otra entidad que está en quiebra. Utilice el nombre del deudor y el número de caso tal como se muestran en el aviso de quiebra que recibió. Título 11 § 101 (13) del U.S.C.

Formulario
Form 499R-3/IN-3PR
Rev. 03.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

222

1. Nombre - First Name CARMEN		3. Núm. Seguro Social Social Security No. Redacted		7. Sueldos - Wages 33,746.72		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Apellido(s) - Surname(s) M RAMOS HERNANDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481-080		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC 01 BOX.6790 AGUAS BUENAS PR 00703		5. Costo de contribución de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 33,746.72	
Fecha de Nacimiento: Día 8 Mes 5 Año 1963 Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 489.33	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919		Patrono: - Employer: Envío a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0801 Con la With the W-3PR		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 33,746.72		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508		Envío al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov)		12. Gastos Renta y Beneficios Marginales Renta, Expenses and Fringe Benefits 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conservar copia para sus récords Keep copy for your records		13. Cort. Retenido - Tax Withheld 1,519.59		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S160021		Año: Year: 2016		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2,579.66		24. Aportaciones a Planes CODA Contrib. to CODA PLANS 0.00	
Número Control - Control Number 006238864		Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código Code		15. Aportaciones al Programa Ahorro y Duplicado Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00		25. Aportaciones al Programa Ahorro y Duplicado Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				16. Código Code		26. Aportaciones al Programa Ahorro y Duplicado Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00	

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que viva con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica atenua de \$150,000 o más.

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de comisión, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o eludir cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de comisión, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años en día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, infórmele al error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-3/IN-3PR.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or elude any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-3/IN-3PR.







Electronic Proof of Claim

Adobe Sign Document History

06/29/2018

Created:	06/29/2018
By:	Puerto Rico Claims (prclaims@primeclerk.com)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAA8zgM7EWi5Lbs_m1jFHGCs2eAQQSA9f

"Electronic Proof of Claim" History

-  Widget created by Puerto Rico Claims (prclaims@primeclerk.com)
06/29/2018 - 12:16:12 PM EDT
-  Carmen m.Ramos Hernandez (veromarie91@aol.com) uploaded the following supporting documents:
 -  Attachment
06/29/2018 - 12:41:04 PM EDT
-  Widget filled in by Carmen m.Ramos Hernandez (veromarie91@aol.com)
06/29/2018 - 12:41:04 PM EDT- IP address: 69.140.56.11
-  (User email address provided through API User-Agent: Mozilla/5.0 (Macintosh; Intel Mac OS X 10.13; rv:60.0) Gecko/20100101 Firefox/60.0)
06/29/2018 - 12:41:07 PM EDT- IP address: 69.140.56.11
-  Signed document emailed to Carmen m.Ramos Hernandez (veromarie91@aol.com) and Puerto Rico Claims (prclaims@primeclerk.com)
06/29/2018 - 12:41:07 PM EDT

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 05.10

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DEPARTMENT OF THE TREASURY
INFORMATION

INFORMACION PARA EL
SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY
INFORMATION

1. Nombre-First Name CARMEN	3. Núm. Seguro Social Social Security No. Redacted	7. Sueldos - Wages 34570.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) RAMOS HERNANDEZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC-01 BOX.6790 AGUAS BUENAS, PR 00703-9709	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 34570.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8011970680 JOSE M. TO DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 501.27
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2010 Year:	11. Total=7+8+9+10 34570.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cessation of Operations Date: Day Month Year		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
Número de Control - Control Number 107598554		13. Cont. Retenido - Tax Withheld 1125.52	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00
		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 3021.36	24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0.00
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
Form 499R-2/W-2 PR
Rev. 10.11

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name CARMEN		3. Núm. Seguro Social Social Security No. Redacted		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) RAMOS HERNANDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481		7. Sueldos - Wages 34534.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC-01 BOX.6790 AGUAS BUENAS, PR 00703-9709		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8011970680 JOSE M. TO DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Médica Medicare Wages and Tips 34534.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 500.74	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cese of Operations Date: Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		11. Total=7+8+9+10 34534.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Número Control - Control Number 116446244		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: 2011 Year:		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 747.87		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3018.12			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Nombre - First Name CARMEN		3. Núm. Seguro Social Social Security No. Redacted		7. Sueldos - Wages 35894.76	
Apellido(s) - Surname(s) RAMOS HERNANDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481		8. Comisiones - Commissions 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC-01 BOX.6790 AGUAS BUENAS, PR 00703-9709		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances 0.00	
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8011970680 JOSE M. TO DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		10. Propinas - Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00		11. Total: 7+8+9+10 35894.76	
Fecha Cese de Operaciones: Date of Operations: Día Mes Año Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions 0.00		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	
Número Control - Control Number 125514003		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return Año: Year: 2012		13. Cont. Retenido - Tax Withheld 761.54	
		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3140.62		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 35894.76	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0.00		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 520.47	
				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00	
				23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	

Observación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Attention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 08.15

ESTADO LIBREASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

222

1. Nombre - First Name CARMEN M		3. Núm. Seguro Social Social Security No. Redacted		7. Sueldos - Wages 41,310		17. Total Sueldos Social Security Wages	
Apellido(s) - Surname(s) RAMOS HERNANDEZ		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660-43-3351		8. Comisiones - Commissions 0		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address HC 05 BOX 6790, AGUAS BUENAS PR 00703-9709		5. Costo de cobertura de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0		9. Concesiones - Allowances 0		19. Total Sueldos, Propinas y Beneficios Marginales Medicare Wages and Tips 41,310	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA BENIENTE CESAR GONZALEZ, ESQUINA CALAF, HATO REY PR 00919		6. Donativos Charitable Contributions 0		10. Propinas - Tips 0		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 506	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 41,310		21. Propinas Seguros Social Social Security Tips	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operation Date:				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number S150008				13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2,806		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips	
Número Control - Control Number 004800553		Año: 2015 Year:		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3,663			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0			
				16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0			
				16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0			

☒ W2
☐ W2G